Beiträge

zur

Casuistik der Schwangerschaft, der Geburt u. des Wochenbetts

bei

Vagina septa, Uterus unicornis, bicornis u. septus

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät

der

Kaiser - Wilhelms - Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Hermann Füchtenbusch

approb. Arzt

aus **Burgsteinfurt.**

STRASSBURG.

Buchdruckerei C. Göller, Magdalenengasse 20.

1892.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Freund.**

Meiner lieben Mutter

und dem Andenken meines Vaters

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0116

Die eigene Beobachtung einer Geburt aus einem Horne eines Uterus bicornis duplex in hiesiger Klinik veranlasste mich, die Fälle, in denen daselbst und in der Poliklinik bei vorhandenen Missbildungen der Scheide oder der Gebärmutter Schwangerschaft und Geburt beobachtet wurde, zusammenzustellen. Ich denke hier an die Missbildungen, die durch mangelhafte Entwickelung und mangelhafte Verschmelzung der Müller'schen Gänge hervorgerufen werden. Unter den 7067 Geburten, welche von 1872 bis zum 19. Dezember 1891 seitens der Klinik geleitet wurden, fand man bei drei Frauen Vagina septa, bei einer Frau Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn, bei fünf Frauen Uterus bicornis und bei sechs Frauen Uterus septus resp. subseptus. Die übrigen weiter unten beschriebenen Fälle sind poliklinische Beobachtungen von Herrn Dr. Freund und Herrn Dr. Bayer mit Ausnahme eines Falles (Fall 5 Uterus bicornis).

Im letzten W.-S. 1891/92 wurden in der poliklinischen Sprechstunde bei 3 Patientinnen Uterus bicorn. duplex und bei einer von ihnen auch Vagina septa gefunden. Auf der gynäk. Station wurde zur selben Zeit eine Frau an Gonorrhœ behandelt, die einen Uterus bicornis duplex cum vagina duplice besass. Ausserdem operirte Prof. Freund in jenem Semester zwei junge Mädchen, welche mit Uterus duplex cum vagina duplice behaftet, in Folge von Verschluss der einen Scheide

an Hæmatokolpos und Hæmatometra der einen Seite litten. Aus Gesagtem geht hervor, dass die Hemmungsbildungen des Uterus und der Vagina ziemlich häufig vorkommen und deshalb von grossem praktischem Interesse sind.

Vagina septa.

FALL I.

Josephine H., 23 Jahre, I para, aus Eisenbach. Normal menstruirt. Letzte Regel Weihnachten 1878, seither fühlt sie sich schwanger. Am 20. VIII. 79 Morgens musste sie schwer arbeiten, Nachmitt. $3^1/_2$ Uhr stellten sich Wehen ein. Abends 10 Uhr erfolgte die Geburt eines toten Kindes mit einer Presswehe. Placenta kam spontan. Die Wöchnerin wurde dann in die Klinik aufgenommnn. Das Wochenbett verlief normal bis zum 3. Tage, wo die hellbräunlichen Lochien einen äusserst penetranten fauligen Geruch zeigten. Uterus in Nabelhöhe, unempfindlich. Vulva schwach ödematös geschwollen. Von der vorderen Vaginalwand hängt an einem mit Schleimhaut bekleideten, schwach fingerdicken Strange in die Vulva hinein ein pflaumengrosser, schwarzbräunlicher zerfetzter Tumor. Bei der inneren Untersuchung erweist sich der Strang als übergehend in eine in der Mitte der vorderen Vaginalwand sitzende circa $^3/_4$ cm in das Lumen der weiten Scheide hineinsehende, etwa $^1/_2$ cm dicke, fleischige Leiste. Der scharfe Rand derselben ist wie von einem spitzen In-

strument glatt geschnitten. Also Diagnose: Vag. sept., deren Septum dem Partus kein Hinderniss bereitet hat, aber durch denselben getrennt wurde; ein Theil desselben von der oberen Scheidewand losgerissen, vorgefallen und gangränös geworden. Es gelingt nicht, neben dem puerperalen Uterus einen zweiten oder an dem puerperalen selbst eine Zweitheilung nachzuweisen, obschon die linke Seite härter kontrahirt erscheint als die rechte. Darauf 3 % Karbolausspülung. Am 28. VIII. waren die Lochien blutig serös, fast geruchlos; der gangränöse Tumor hat sich abgestossen, das Septum an der vorderen Wand geht auf die vordere Muttermundslippe über. Uterus sehr breit.

FALL II.

Franziska M., 23 Jahre, I para, von Zabern. Normal menstruirt. Letzte Regel Mitte Februar 1876. Am 14. X. 76 erfolgte spontan und leicht die Geburt eines dem 7. Monate entsprechenden faultoten Kindes. Bei der Ausspülung nach der Geburt wurde eine anscheinend mit der Scheide verwachsene Membran entdeckt, welche theilweise vor den äusseren Genitalien sichtbar ist. Bei dem Kinde war ein Nabelschnurbruch vorhanden, der fast sämmtliche Baucheingeweide enthielt. Das Wochenbett war normal. Bei der bei der Entlassung vorgenommenen Untersuchung zeigte sich, dass die erwähnte Membran, die kein Geburtshinderniss gemacht hatte, ein longitudinal die Vagina durchziehendes Septum darstelle. Dasselbe war ziemlich fleischig, dick, ragte nicht bis in das oberste Ende der Scheide, sodass der eingeführte Finger leicht um den

oberen Rand desselben herum geführt werden konnte. Von oben setzt sich dasselbe in einen bis vor die Genitalien hervorragenden schmalen lappenförmigen Wulst fort, so dass eine Verwechselung mit einer grossen Clitoris entstehen könnte.

FALL III.

Aurelia G., 23 Jahre, I. para, aus Erstein. Seit dem 13. Jahre menstruirt, Regel unregelmässig. Letzte Regel am 1. Febr. 76. Wehenbeginn am 18. X. 76, Abends. Wehen normal. Muttermund erweiterte sich langsam. Stat. praes. am 20. X. 76, Abends $8^1/_2$ Uhr. Kräftig gebaute Person. Spin. 24 cm Cristæ 27. Conj. extern. 21. Muttermund fast ganz erweitert. Während man die Breite des noch vorhandenen Saumes zu bestimmen suchte, gerieth man mit der Fingerspitze links hinter den oberen Rand eines die Scheide der Länge nach und sagittal durchsetzenden Septums. Während der Wehe wurde das Septum von der prall gespannten Blase abwärts gedrängt. Letztere wurde dabei in 2 Abtheilungen getheilt, deren jede in dem entsprechenden Scheidenabschnitt sich vorwölbte. Das Septum stellte eine ziemlich dicke, derbe aber doch dehnbare Masse dar; der vordere Abschnitt desselben war bedeutend dicker und succulenter anzufühlen, als der mehr häutige hintere. Um $9^1/_4$ Uhr Abends wurde bei verstrichenem Muttermunde die Blase gesprengt. Pfeilnaht quer. kleine Fontanelle rechts etwas tiefer als grosse. Wehen kräftig. Die Person fing an über grosse Schmerzen bei den Wehen, aber auch in den Wehenpausen zu klagen und schrie zuweilen aus Leibeskräften. Da der

Kopf im weiteren Verlaufe der Geburt stark gegen das Septum andrängte, und dasselbe dem weiteren Vordrängen des grossen Kopfes ein bedeutendes Hinderniss entgegen setzte, wurde es um 11 Uhr Abends doppelt unterbunden und dann durchschnitten. Nach der Durchtrennung trat für einige Zeit beinahe vollständige Wehenlosigkeit ein. Der Kopf stand quer im Beckenausgang. Es hatte den Anschein, als wenn das Septum die Drehung der kleinen Fontanelle nach vorn behindert hätte. Um $11^1/_2$ Uhr wurden die Wehen wieder kräftig und jetzt erfolgte die Drehung der kleinen Fontanelle nach vorn Um 12 Uhr Geburt eines toten Kindes. Wochenbett normal; es stiessen sich einige Fetzen des Septum ab.

FALL IV.

Poliklinische Beobachtung von Herrn Dr. Freund. Frau S., 30 Jahre, aus Strassburg. Im Jahre 1885 war ihr ein linksseitiger fester Tumor ovarii exstirpirt worden.

Letzte Regel am 10. X. 85. Seit dem 5. VIII. 86 Morgens Wehen. Am 6. VIII. 86 Morgens Blasensprung; Meconium geht ab. Da der Kopf nicht ins Becken eintreten wollte, wurde poliklinische Hilfe nachgesucht. Es wurde konstatiert, dass trotz kräftiger Wehen der Kopf, der gross war, beweglich über dem Becken stand. Das Becken war für die grosse starke Frau offenbar zu klein. Spinæ 26. Cristæ 29. Conjug ext. 20 cm. I. Sckädellage. Grosses Kind. Sofort beim Eingehen mit zwei Fingern in die Vagina legt sich zwischen dieselben ein drehrundes etwa 5 mm dickes und etwa 6 cm langes Bündchen, das vom Urethralwulst links an den Hymenansatz der hinteren Vaginalwand geht.

Es ist hart anzufühlen und mit Schleimhaut überzogen. Da dasselbe wie ein Fangseil vor dem Scheideneingang liegt, wird es rücksichtlich der Möglichkeit einer Geburtsbehinderung an seinen beiden Ansatzstellen unterbunden und dann durchschnitten. Der Querschnitt weist Bindegewebe und Schleimhaut auf. Die Stümpfe retrahiren sich sehr stark, sicher in Folge vorhandener Muskelfasern. Muttermund 5 Mk. gross. Nach $1^1/_2$ Stunden wird der Kopf ins kleine Becken eingedrückt. Zange wegen Sinken der Herztöne. Normales Wochenbett.

FALL V.

Frau K., 25 Jahre, III. para, aus Strassburg. Anamnese siehe unten. (Uterus septus Fall 8.) Letzte Regel am 1. Sept. 1885. Am 27. V. 86 schickte die Hebamme um Hülfe in die Klinik, da, obschon die Frau seit 28 Stunden gute Wehen hatte und der Kopf tief im Becken stand, letzterer nicht geboren wurde. Status: Kräftige stark schwitzende Frau, nicht fiebernd, mit andauernd starken Wehen. Fundus uteri am Rippenbogen. Contraktionsring nahe am Nabel. Cervix offenbar stark gedehnt. I. Schädellage. Herztöne gut. Blase gesprungen. Muttermund verstrichen. Kopf tief im Becken. Bei der Wehe tritt er nicht tiefer, sondern wölbt ein wohl 5 cm langes, derbes strangartiges Gebilde vor, das etwa 4 cm hinter dem Introitus an der hinteren Vaginalwand beginnend am Urethralwulst endet, etwa 3 cm breit ist und sich mit dem Finger umgreifen lässt. An der vorderen Vaginalwand ist es als schwache Leiste gegen den Cervix hin zu verfolgen,

Doppelte Unterbindung des Septums, dann Durchtrennung. Die Stümpfe retrahiren sich stark. Da der Kopf noch zögerte, durchzuschneiden und Maconium abgeht, wird die Ausgangszange angelegt. Lebendes Kind. Wegen mässiger Blutung Credé; Placenta vollständig. Später wurde ein doppelter Genitalkanal bemerkt. Vergl. Ut. sept. 8. Fall.

Welchen Widerstand ein in der Vagina verlaufendes Septum leisten kann, zeigt ein im Centralblatt für Gynäkol. Jahrgang 89, Nr. 46, Seite 735 mitgetheilter Fall, wo bei bestehendem Septum, das erst nachher entdeckt wurde, die Ausgangszange angelegt wurde. Trotz der grössten Anstrengung konnte der Kopf nicht extrahirt werden. Erst nach Durchschneidung des Septums wurde der Kopf leicht entwickelt. Es hatte also das Septum der Kraft eines Mannes erfolgreich Trotz geboten.

Wir können hieraus also sehen, dass ein Vaginalseptum der Geburt ein grosses Hinderniss in den Weg legen, ja dieselbe ganz unmöglich machen kann.

Eine Cervixdehnung ist schon bei gut ausgebildetem Uterus eine gefährliche Sache, noch mehr aber bei Uterus bicornis und Uterus sept., und diese Missbildungen kommen ja häufig zu Vagina septa hinzu, wo die Partien, die gedehnt werden, viel dünner und daher einer Zerreissung viel eher ausgesetzt sind. Daher werden wir uns immer entschliessen, wenn wir bei einer Geburt ein Vaginalseptum finden, dies Septum nach vorheriger Unterbindung zu durchschneiden.

Es ist auffallend, dass wir viel seltener theilweise oder gänzlich doppelte Scheiden finden, als theilweise oder gänzlich doppelte Uteri. Die Erklärung giebt uns die Entwicklungsgeschichte. Die Verschmelzung der Müller'schen Gänge beginnt am inneren Muttermund und schreitet von hier nach abwärts schneller, nach auf-

wärts langsamer fort, und so ist zu einer Zeit, wo in Folge ihrer Verschmelzung die Vagina bereits einfach ist, ihnen noch Gelegenheit geboten, durch Nichtverschmelzen in ihren oberen Theilen Uterusduplicitäten zu bilden.

Uterus unicornis.

Wie aus der Litteratur hervorgeht, Kussmaul: Ueber den Mangel u. s. w. der Gebärmutter, Seite 118; Paltauf: Oest. med. Jahrbuch, Heft 2 u. 3; Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Band 30, Seite 163, 164, 166, ist diese Anomalie oft mit andern Entwicklungsfehlern, bes. Fehlen einer Niere verbunden. In unserem Falle besteht infantiler Habitus. Die Diagnose, ob bei einer bestehenden Schwangerschaft der Uterus einhörnig oder normal ist, ist stets eine schwierige, die Differentialdiagnose zwischen Tubenschwangerschaft und Schwangerschaft in einem rudimentären Nebenhorn ohne Eröffnung des Bauches in allen den Fällen unmöglich, wo der Stiel des Nebenhornes in unmittelbarer Nähe der Tubenecke abgeht; setzt aber der Stiel unten am Cervix an, so ist die Diagnose eines vorhandenen Nebenhornes möglich. Aber es ist dies ohne grossen praktischen Werth, da fast immer die Schwangerschaft und Geburt bei Uterus unicornis normal verläuft, dagegen die Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn als Extrauterinschwangerschaft zu behandeln ist. Indess ist ein prognostischer Unterschied vorhanden, da die Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn in Folge der vorzeitigen Zerreissung des Nebenhornes nie bis ans Ende gedeiht,

wogegen eine Tube den Foetus bis an das normale Ende der Schwangerschaft beherbergen kann. Bis auf Kussmauls Zeit wurde die Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn fast immer als Tubenschwangerschaft angesehen, selbst bei der Sektion in Folge mangelhafter Untersuchung der Bildungsfehler des Uterus. Uterus unicornis ohne Nebenhorn ist sehr selten; dementsprechend enthält die Litteratur nur 4 Fälle, Kussmaul, Seite 121, von Schwangerschaft in einem solchen Uterus.

Die Fälle von Uterus unicornis mit Nebenhorn sind häufiger, aber während sich über Schwangerschaft im Nebenhorn mehrere Mittheilungen in der Litteratur finden (Worth: Archiv für Gynäk. XVII, Seite 2), fand ich keine einzige über Schwangerschaft und Geburt aus dem entwickelten Horne, wohl deshalb, weil sie wie beim normalen Uterus verlaufen. Ein Fall von Schwangerschaft in einem Uterus unicornis wurde in hiesiger Klinik nicht beobachtet, wohl aber ein solcher von Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn eines Ut. unicornis.

Frau W., 21 Jahre, I para, aus Strassburg. Als Kind stets schwächlich. Vom 5. bis zum 16. Jahre, wo die Periode eintrat, an Chorea leidend. Periode stets unregelmässig, spärlich, 2—3 Tage Dauer schmerzlos. Im Jahre 1888 wurde sie 3 Wochen lang hier in der Klinik an Oophoritis sinistra behandelt; von einer Missbildung am Uterus wurde nichts bemerkt. Seit vier Monaten verheirathet. Letzte Regel am 18. Jan. 1891. Am 19. V. 91 fühlte sie plötzlich beim Heben von $^1/_2$ Ctr. Kohlen heftige Schmerzen im Leibe, es wurde ihr dann ohnmächtig, und in der Nacht fiel sie aus einer Ohnmacht in die andere. Am 20. V. 91 wurde sie in die Klinik gebracht. Status am 22. V. 91: Zu-

stand der Ernährung sehr dürftig. Blutgehalt der Gewebe sehr gering, äusserste Anämie. Temperatur 36,5. Puls 120, häufig aussetzend, schnellend. Zarter, graziler Körperbau. Mammæ sehr schlecht entwickelt. Rechte crist. oss. ilci höher stehend als linke. Pubes dürftig, schwache Beckenneigung. Kleine Labien stark entwickelt. Deutlich ausgesprochener infantiler Habitus. Dist. spin. 23,5; crist. 28; Conjug. extern. 17,5. Abdomen etwas vorgewölbt, besonders im rechten Hypogastrium; Palpation wegen Schmerzhaftigkeit unmöglich. Percussion ergiebt Dämpfung des Hypogastrium besonders rechts. Portio virginell, sie setzt sich etwas nach hinten in das Corpus fort; nach rechts hin fühlt man hinter dem Uterus einen Tumor und ausserdem weiche Massen. Der Uterus scheint nicht vergrössert, jedenfalls nicht dem 4. Monate entsprechend. Diagnose: Geplatzte Extrauteringravidität.

Operation 4 Uhr Nachmittags. Desinfection der Bauchdecken. Schnitt in der Lin. alb. Bauchdecken ganz blutleer. Das subperitoneale Gewebe ganz mit Blut imbibirt bis fast handbreit über die Lymphyse. Peritoneum blauschwarz, sofort nach Durchschneidung desselben entleeren sich ca 2 Ltr. teils flüssigen, teils geronnenen Blutes spontan und durch Ausschöpfen mit der Hand. Die eingehende Hand wirft mit einer Bewegung den an der Nabelschnur hängenden, dem 4. Monat entsprechenden toten Foetus aus der Bauchhöhle heraus, fasst sofort nach den rechtsfertigen Anhängen und zieht diese hervor. Der Riss sitzt an der Hinterseite, an demselben erkennt man die Placenta. Der Fruchtsack ist derb, muskulös, in directem Zusammenhange mit dem nach links liegenden Uterus. Der Sack wird mit ziemlich starken Seidenfäden unterbunden und mit dem Messer durchtrennt. Rechte Tube und rechtes Ovarium

mit entfernt, ebenso ein Theil des rechten Lig. rotundum, dessen Abgang auf der vorderen Seite zwischen Fruchtsack und Tube sichtbar ist und zwar ganz deutlich. Aus dem Abgang der Tube erkennt man, dass man es mit einem geplatzten Nebenhorne eines Uterus unicorn. zu thun hatte. Bei Durchtrennung des Stieles des Fruchtsackes wird keine Oeffnung nach dem Uterus zu gefunden, und auch später wurde in dem Stiele kein Kanal entdeckt. (Untersuchung durch Herrn Professor von Recklinghausen.) Linkes Ovarium klein, derb, mit der Beckenwand verwachsen. Versenkung des Stieles, Austupfen der Bauchhöhle, Bauchnaht, Verband. Dauer der Operation 20 Min. Am nächsten Tage 38,0; Abends geht ein Stück Decidua ab. In den nächsten 5 Tagen war die Temperatur fortwährend fieberhaft bis 38,8; erst als am 6. Tage nach der Operation das letzte Stück Decidua abgegangen war, wurde die Temperatur normal. Am 27. VI. 91 wurde Patientin gesund entlassen.

Daraus, dass dies Horn schwanger wurde, geht hervor, dass es nicht menstruirte; hätte es menstruirt, so würden die alten Blutmassen das Zustandekommen der Schwangerschaft verhindert haben. Wesshalb das rudimentäre Nebenhorn nicht menstruirte, ist nicht nachzuweisen. Hätte Menstruation in demselben stattgefunden, so wäre es hier bei vorhandener Unwegsamkeit der Verbindungsstelle mit dem Uterus zur Haematometra gekommen, wodurch Patientin, wenn jene geplatzt wäre, oder das Blut durch die Tube in die Bauchhöhle ausgetreten wäre, auch in hohe Gefahr gekommen wäre. In einem solchen Falle wäre die Unterscheidung von geplatzter Extrauteringravidität sehr schwierig, resp. unmöglich, aber auch ohne grossen practischen

Nutzen gewesen, da bei Eintritt bedrohlicher Erscheinungen in beiden Fällen die Therapie dieselbe ist.

Entweder nur höchst selten muss die Verbindung des rudimentären Nebenhorns mit dem entwickelten Horne solide sein, oder wenn sie öfters solide ist, muss das Nebenhorn in den seltensten Fällen menstruiren, denn in der Litteratur finden sich nur sehr wenige solcher Fälle, zwei Fälle sind von Hegar (Gesellschaft f. Geburtsh. III. 1) beschrieben, wo bei Uterus unicornis das Nebenhorn eine Hæmatometra bildete. Indessen liegt der Gedanke nahe, dass manches der in Folge fortgesetzter Menstruation geplatzten Nebenhörner als geplatzte Extrauteringravidität aufgeführt ist, besonders wenn die Diagnose durch Laparotomie nicht sicher bestätigt war.

Uterus didelphys.

Beim Uterus unicornis ist ein Mangel in der Anlage der Müller'schen Gänge vorhanden. Die fehlende Verschmelzung der Müller'schen Gänge verursacht Uterus didelpyhs, bicornis und septus. Nach Thiersch kann das Ausbleiben der Verwachsung mit der stärkeren Entwickelung der verspäteten Rückbildung und der grösseren Entfernung der Wolff'schen Körperchen von einander im Zusammenhang stehen. Nach Krieger kommt es so zu Stande, dass die abnorme Entwickelung des Lig. rectovesicale, welches sich aus einem Abschnitte der Allantois bildet, und sich zwischen die proximalen Enden der Müller'schen Gänge einkeilt, die vollständige Verwachsung hindert. Diese Hypothesen beziehen sich indessen nur auf die Verwachsungsabnormitäten der proximalen Teile der Müller'schen Gänge, in allen

anderen Fällen lassen sie die Frage unaufgeklärt. Leider kennen wir die Ursachen für diese Anomalien noch nicht.

Während Kussmaul und Meyerhoffer die Ansicht vertreten, dass Uterus didelphys nur bei Foetus und auch da nur mit sonstigen grösseren Hemmungsbildungen vereint vorkäme, ihm desshalb keine praktische Bedeutung beilegen, sind seitdem Fälle bekannt geworden, wo Frauen mit Uterus didelphys wohlentwickelt und in ihren geschlechtlichen Funktionen nicht gestört waren, ja sogar normal niederkamen. Hierher gehören die Fälle von Bonnet, Cooley, Ollivier, Benike, Tauffer, Dirner, Freund, Freudenberg und Engel. In letzterem Falle, der im Archiv für Gynäkologie XXIX, Seite 43, veröffentlicht ist und in der Litteratur wohl einzig dasteht, fand sich neben Uterus didelphys cum vagina duplice, doppeltem Hymen und doppelter Clitoris eine doppelte Harnröhre und doppelte Harnblase. Das Weib kam am Ende der Schwangerschaft normal nieder. Ein Fall von Schwangerschaft oder Geburt bei Uterus didelphys wurde in hiesiger Klinik nicht beobachtet.

Uterus bicornis.

Da man an der Lebenden nicht mit anatomischer Genauigkeit untersuchen kann, so muss ich darauf verzichten, die hier beobachteten Fälle von Uterus bicornis ganz genau nach dem von Kussmaul angegebenen Schema einzuteilen und zu benennen. Wir können hier blos unterscheiden, Uterus bicornis, wo bei äusserer Einfachheit des Uterus die Partes keratinae mehr oder

weniger stark entwickelt sind, und wo im Inneren sich eine mehr oder weniger tief herabreichende Scheidewand findet oder nicht, und Uterus bicornis duplex, wo, auf einer grösseren oder kleineren Strecke eng miteinander verwachsen, zwei Uteri, in ihren Hörnern unter spitzem oder stumpfem Winkel divergirend, mit zwei Portiones vorhanden sind.

a) Fälle von Uterus bicornis.

FALL I.

Anna Fr., 25 Jahre, I para, aus Basel. 1. Regel im 13. Jahre. Regel regelmässig. Letzte Regel am 20. Aug. 1886. Schwangerschaft normal. Wehenbeginn am 19. V. 87. Abends. Status am 20. V.: Etwas kleine Person von kräftigem Knochenbau und kräftiger Muskulatur. Dist. spin. 24, crist. 27; Conjug. ext. $19^1/_2$. Am Uterus deutlich 2 Hörner sichtbar. Uterus im Ganzen etwas nach rechts gesunken. Das rechte grössere Horn reicht bis zum rechten Rippenbogen, das linke kleinere steht viel tiefer, zwischen beiden eine tiefe Einsattelung. Im rechten Horne liegt der Steiss. Kopf fest im Beckeneingang. I. Schädellage, 2. Unterart. Wehen schwach und selten. Am 21. V. wird wegen Sinkens der kindlichen Herztöne die Zange angelegt und ein totes Kind extrahirt. Placenta spontan. Wochenbett normal.

FALL II.

Marie H., 25 Jahre, aus Meistratzheim, I para. Erste Regel im 16. Jahre, regelmässig, stark. Letzte Regel am 28. VII. 1888. Stat. praes. am 5. V. 89,

12 Uhr Mittags: Mittelgrosse Person mit kräftigen Knochen und Muskeln. Dist. spin. il. 25,5, crist. 28; Conjug. ext. 19,5. Der Uterus ist durch die Bauchdecken deutlich zu erkennen. Er zeigt in seinem Fundus eine Zweiteilung. Der grössere rechte Teil ragt bis zum Rippenbogen, der linke kleinere bedeutend weniger hoch; in der Mittellinie ist eine tiefe Einsattelung zwischen beiden Hörnern. Muttermund dreimarkstückgross. Steisslage II. 2. Ende der I. Periode am 5. V. 6 Uhr Abends, der II. 9,30 Uhr Abends, der III. 10 Uhr 40 Abends. Die Wehen waren kräftig. Nach der Austreibung des Kindes und der Placenta zeigte der Uterus deutlich seine Bicornität, das rechte Horn grösser als das linke. Wochenbett normal; am 15. V. bei der Entlassung war das rechte Horn noch etwas grösser als das linke. zwischen beiden eine Einsattelung. Cervix noch durchgängig, man fühlt im Inneren kein Septum.

FALL III.

Frau Magdalena Fr., 19 Jahre, I para, aus Alt-Freistett. Seit April 1887 verheirathet. Erste Regel im 13. Jahre. Regel alle 3 Wochen, ziemlich stark. Letzte Regel Mitte Oktober 1886. Schwangerschaft normal verlaufen. Seit dem 6. VII. 1887 Abends 7 Uhr Wehen, $9^1/_2$ Uhr Abends Blasensprung. Stat. praes. am 7. Juli 1887 Morgens 4 Uhr: Etwas zart gebaute, gesund aussehende Person. Beckenneigung normal. Dist. spin. 24, crist. 29; Conjug. ext. 18. Uterus nur einige Finger breit über den Nabel reichend, deutlich verbreitert, mit straffen Wandungen. Zwei Hörner sichtbar, im grösseren rechten der Steiss, im kleinen

linken der Kopf, dazwischen eine tiefe Einsattelung. Muttermund für 3 Finger durchgängig. Cervix verstrichen. Im Muttermunde die schwach pulsirende Nabelschnur. Wehen schwach; lange Pausen dazwischen. Die Wendung auf den rechten Fuss ist schwierig, ebenso die um 7 Uhr Morgens ausgeführte Extraktion. Kopf schwer zu entwickeln. Kind tot. Nach der Extraktion des Kindes fühlt man das noch von der Placenta gefüllte rechte Horn und das kleinere linke wie einen Ansatz daran. Plac. kam nach 20 Minuten spontan. Auch jetzt noch ist das rechte Horn doppelt so gross als das linke. Wochenbett normal. Am 16. Juli entlassen. Der Uterus zeigt ein rundlicheres, rechtes Horn und ein spitzeres etwa halb so grosses linkes, durch einen Einschnitt vom rechten abgesetzt. Jedes Horn hat seine Tube und sein Ovarium. Am 28. Dez. 91 kam die Frau in die poliklinische Sprechstunde und theilte mit, dass sie seit ihrer ersten Geburt 2 Frühgeburten im 8. Monat und eine Geburt, auch Steissgeburt, am Ende der Schwangerschaft durchgemacht habe. Das letzte Kind sei auch bei der Geburt gestorben. Regel in den letzten 2 Monaten nur je einen Tag dauernd. Sie will wissen, ob sie schwanger ist. Die Untersuchung ergiebt einen tiefen Cervixriss beiderseits; der einfache Cervix setzt sich in zwei etwas nach aussen umgebogene, im stumpfen Winkel von einander abstehende Corpora uteri fort. Das linke hat nicht ganz die Grösse eines normalen Uterus, das rechte ist faustgross, von der Consistenz eines schwangeren Uterus. Beiderseits Tube und Ovarium zu fühlen. Also Schwangerschaft im rechtsseitigen Horn.

FALL IV.

Frau A., 28 Jahre, V para, aus Kronenburg. Erste Geburt war normal. Das zweite Kind wurde in Fusslage geboren, bei der dritten und vierten Geburt wurde wegen Querlage die Wendung gemacht. Die Hebamme bat am 19. VI. 86 um poliklinische Hülfe wegen Querlage des Kindes. Die Untersuchung am 19. VI. 86 Nachmittags 5 Uhr ergab, dass die Frau sich am normalen Ende der Schwangerschaft befand. Das Becken ist normal. Blase stand noch. Rechter Arm lag vor. Muttermund ist in Folge guter Wehen verstrichen. Beim Sprengen der Blase fällt der linke Fuss vor. Die Extraktion wurde leicht und schnell ausgeführt. Kind leicht asphyktisch, kam schnell zu sich. Uterus gut contrahirt. Credé; Placenta vollständig. 2 gr. Secale. Wenige Minuten später provuse Blutung, obschon Uterus gut contrahirt war. Heisse Ausspülung ohne Erfolg. Darauf wurde die Frau unter starker arterieller Haemorrhagie auf die linke Seite gelegt und ein Spiegel eingesetzt, doch konnte die Quelle der Blutung nicht erkannt werden. Dann wurde der erschlaffte Uterus eine halbe Stunde fest comprimirt und endlich ein Wattetampon mit Lig. ferri sesquichlorati eingelegt. Puls nicht fühlbar. Prof. Freund, der inzwischen eintraf, constatirte, dass es sich um einen Uterus bicornis (3 Querlagen) und einen Riss hoch oben links im Cervix handle. Das linke Horn war ganz dünnwandig. Die Frau starb wenige Minuten später.

FALL V.

Marie K., 24 Jahre, I para, aus Calw. Erste Regel im 19. Jahre. Im August 86, war die Regel sehr spärlich, 1 Tag dauernd, mit heftigen Leibschmerzen und geringeren Kreuzschmerzen; ähnliche Schmerzen hatte sie schon Januar 1886 gehabt, aber ohne Blutabgang. Im August 1886 waren die Schmerzen so stark, dass sie Nachts nicht schlafen konnte, sie hatte ein Gefühl im Leibe, als wollte alles darin zerspringen. Dabei Schmerzen beim Stuhlgang und beim Wasserlassen. Die Schmerzen kamen halbstündlich und dauerten nur einige Minuten. Alle vier Wochen dieselben Beschwerden. Der Leib wurde dicker. Im October 86 wurde sie im Katharinenspital in Stuttgart operirt und dabei ein Liter chocoladenfarbigen Blutes durch die Scheide entleert. Letzte Regel 15. III. 91. Stat. praes. am 16. Nov. 1891: Mittelgrosse Person mit kräftigem Knochenbau und kräftiger Muskulatur. Gesicht nicht breit, sondern eher lang. Dist. spin. 26, crist. 29; Conjug. ext. 20. Uterus in toto nach links gelagert, liegt zu $^2/_3$ in der linken Bauch hälfte, reicht mit dem Fundus bis an den linken Rippenbogen; er hat in Nabelhöhe seine grösste Breite, nach oben bedeutend schmaler werdend. Linke Tube zu fühlen, ebenso linkes Lig. rot.; es verläuft senkrecht; die rechten Adnexe nicht zu fühlen. Im Fundus liegt der Kopf. Scheide mässig weit, etwas kurz. Rechts eine jungfräuliche Portio fühlbar. Links davon eine $1^1/_2$ cm hohe Leiste, von der vorderen zur hinteren Vaginalwand verlaufend. Links fühlt man

keine eigentliche Portio, sondern einen für zwei Finger bequem durchgängigen Querspalt mit narbigen ziemlich scharfen Rändern, hinter die man mit dem Finger nach allen Seiten etwa 1 cm weit gehen kann. Dahinter kommt man auf den linksseitigen, äusseren Muttermund, er ist geschlossen. Von hier fühlt man den Steiss vorliegen. Die rechtsseitige Portio setzt sich in einen retrocurvirten, nur wenig vergrösserten, mit dem schwangeren Uterus nur im Cervix verbundenen und etwas hinter dem schwangeren stehenden zweiten Uterus fort. Also Diagnose: Schwangerschaft im linken Horne eines Uterus bicornis duplex. Ausserdem wird nach der Anamnese und dem Stat. praes. angenommen, dass das linke Horn damals eine Haematometra gebildet habe, die durch ein septum, das oben in der Scheide vor dem linksseitigen Muttermunde verlief, verursacht und durch Ausschneidung eines Stückes aus demselben beseitigt wurde. Am 14. XII. 91 Abends 9 Uhr stellten sich Wehen ein. Linker Muttermund für zwei Finger durchgängig, seine Ränder gut aufgelockert, etwa $^1/_2$ cm dick, rechter Rand etwas dicker. Cervix verstrichen. Keine Strictur. Blase prall gespannt. Steiss ins kleine Becken eingetreten. Rechts war der Cervix noch vorhanden, jedoch beide Teile sehr aufgelockert, in der Consistenz kein Unterschied gegen links. Aeusserer rechter Muttermund für zwei Finger durchgängig, man kann mit 1 Finger bis an den inneren Muttermund aber nicht weiter, innerer rigider als äusserer. Aeusserer rechter Muttermund etwas scharf randig, mit seinem linken Rande nach links verzogen. Cervicalcanal, nach hinten und rechts seitlich und oben verlaufend, ist ampullenförmig. 10 Uhr Abends Blasensprung. Muttermund nur noch einen schmalen, scharfen, rechts etwas dickeren Saum darstellend. Von dem rechten Uteruskörper und der rechten Portio nichts zu

fühlen, Steiss steht in der Beckenweite. Wehen sehr kräftig. $^1/_2$ 11 Uhr Abends Geburt eines reifen lebenden Knaben. Placenta nach 10 Minuten spontan geboren. Gleich nach Ausstossung der Placenta fühlt man den links gelegenen Uterus weit geöffnet, Muttermundslippen schlaff herabhängend. Der rechte Uterus nach rechts hinten gelegen, der rechte Cervix wie oben, nur kommt man mit dem Finger jetzt durch den inneren Muttermund hindurch in die Uterushöhle, in der man Rauhigkeiten fühlt. Die Zwischenwand zwischen r. u. l. Uterushöhle sehr dünn. Uterus contrahirte sich dann kräftig, keine Nachblutung; er ist jetzt bedeutend kleiner und schmaler als ein normaler. In der dritten Nacht erwachte die Wöchnerin plötzlich durch wehenartige Schmerzen und nach einer Stunde wurde, wie sie sagte, plötzlich etwas vor die Scheide geschnellt. Es war, wie die Untersuchung zeigte, die Decidna des nicht schwangeren Uterus, welche in toto ausgestossen wurde. Wochenbett normal. Entlassungsbefund (23. XII. 91): Uterus drei Finger breit über der Symphyse stehend, schmal, longitudinal, nach links curvirt. Vagina kurz, im oberen Ende derselben fühlt man links eine für 2 Finger passirbare Oeffnung mit unregelmässigen unebenen Rändern und einem linksseitigen Einriss, der bis an die Beckenwand führt. Es erinnert dies an den Muttermund einer Vielgebärenden, aber die Portio ist gar nicht ausgebildet. Die rechte Portio ist conisch, klein; links davon verläuft von der vorderen zur hinteren Vaginalwand die oben angeführte Leiste. Der rechte Uterus, ein wenig nach hinten liegend, ist deutlich dextrocurvirt und noch etwas vergrössert. Von jedem Uterus geht eine Tube ab, beide Ovarien sind zu fühlen.

FALL VI.

Margaretha J, 22 Jahre, I para, aus Bitsch. Erste Regel im 16. Jahre, regelmässig vierwöchentlich. Erste Geburt in der Klinik beobachtet am 1. I. 88. Es fiel damals auf, dass der Leib rechts stärker vorgewölbt war als links. Die Geburt verlief schnell, es war Schädellage II. 1. Als der Kopf in der Vulva zum Vorschein kam, sah man zwischen Kopf und Damm einen Gewebsfetzen, etwa 3 cm lang und $1^1/_2$ cm breit, aus der Scheide hervorragen, an einem Rand glatt, am anderen rauh, wie abgerissen, einmal während der Wehe mässig blutend. Da die Temperatur bis auf 39,0 stieg, wurde der Kopf mit dem Ritgen'schen Handgriffe entwickelt. Darauf wegen starker Blutung Credé. Blutung dauerte fort. In Seitenlage Speculum eingeführt; beiderseits tiefe Cervixrisse, rechts tief in's Parametrium, links bis ins Laquear. Der intra partum vorgefallene Fetzen stammte vom äusseren Muttermunde. Sonst wurde nichts Abnormes bemerkt. Vereinigung der Risse durch fortlaufende Catgutnähte. Leichte Tamponade der Scheide. Normales Wochenbett.

Am 23. II. 89 wurde die zweite Geburt in der Klinik beobachtet am normalen Ende der Schwangerschaft. Status 12 Uhr Mittags Scheide weit, doppelte Columna rugarum anterior. Portio unförmlich, schlaff, ein Riss links, eine Narbe an dieser Stelle im Laquear. Blase steht. Steisslage I. a. Links im kleinen Becken ein Tumor von der Grösse und Gestalt einer Birne, lässt sich etwas in die Höhe schieben. Um 2 Uhr war dieser Tumor ins grosse Becken gestiegen, zeigte etwas

Fluctuation. 5 Uhr 40 Geburt des Kindes in II. Steisslage b. 6 Uhr Abends wegen Blutung Austreibung der Placenta durch Credé. Der Tumor ist jetzt wieder im kleinen Becken, wird wegen seiner prall elastischen und etwas fluctuirenden Beschaffenheit für eine Ovarialcyste gehalten. Bei der Entlassung fühlt man das linke Ovarium, daher scheint der Tumor dem Ovarium nicht anzugehören.

Im April 1889, wo Patientin an Oophoritis und Symphysenlockerung auf der gynäk. Abtheilung behandelt wurde, wurde bemerkt, dass ein Uterus bicornis duplex vorhanden war, deren Hörner nur mit den Cervices verwachsen waren und zwei Scheidentheile hatten, von denen der linke unförmlich war und als solcher nicht leicht zu erkennen war. Die beiden Portiones hatten eine gemeinsame mittlere Wand, die sehr dünn war, und da, wo sie den äusseren Muttermund mitbilden half, etwas eingerissen war. Das rechte Horn war bedeutend grösser als das linke.

Von den ungehörnten Formen der bei äusserlicher Einfachheit theilweise oder gänzlich doppeltär Gebärmutter unterscheiden wir, je nachdem die innen verlaufende Scheidewand eine theilweise oder gänzliche Trennung bewirkt, Uterus subseptus und Uterus septus.

a) Uterus subseptus.

FALL I.

Frau L., 28 Jahre, aus Strassburg, kam am 4. IV. 1887 in die Poliklinik wegen starker Blutung, welche

vor 2 Tagen in Folge Hebens einer schweren Last aufgetreten war. Vor der Untersuchung wird die Frau aufgefordert, Wasser zu lassen. Dabei geht ein Foetus von 15 cm Länge ab. Die Ausräumung der Placenta in Narkose ist etwas schwierig. Der Uterus zeigte bei äusserlicher Einfachheit ein Septum im Inneren, das sich bis zum inneren Muttermund heraberstreckte. Placenta im linken Horn; rechtes Horn leer, zeigte aber eine hyperplastische Schleimhaut. Das rechte Horn war gut contrahirt, das linke dagegen blieb schlaff bis die Placenta ausgeräumt war, dann contrahirte es sich allmählich. Wochenbett normal.

FALL II.

Frau P., 34 Jahre, aus Strassburg. (Beobachtung von Herrn Dr. Freund.)

Frau mittelgross, etwas anämisch, gracile Knochen. Becken etwas schwach geneigt. Aeussere Genitalien leicht hypoplastisch, Nymphen und Clitoris relativ gross. Wenig Pubes, hat viermal geboren, einmal abortirt. Drei Kinder leben. In jeder Schwangerschaft in den ersten und letzten Monaten unregelmässige Blutungen. Nie Placenta praevia, wie es scheint. Placenta kam immer spontan. Auch in den Wochenbetten hat sie immer 3—4 Wochen geblutet.

Am 24. II. 91. Patientin war VI para im vierten Monat. Sie blutet unregelmässig seit genau 4 Wochen. Das Blut ist dünn, braunroth. Keine Wehen vorhanden. Cervix lang, geschlossen. Bettruhe, Diät. Nachts kräftige Wehen; am nächsten Tage Ausstossung einer frischtoten Frucht. Placenta wurde manuell leicht ge-

löst. An der hinteren Corpuswand eine Längsleiste, die sich auch auf die Funduswand fortsetzt, bis zur Mitte des Corpus herabreicht, $1^1/_2$ cm hoch ist und derb anzufühlen ist. Placenta inserirt nicht an diesem rudimentären Septum. Uterus contrahirt sich dann gut. Wochenbett normal.

Eine am 12. I. 92 vorgenommene Untersuchung ergibt, dass die Frau wieder schwanger im 7. Monat ist. Herztöne des Kindes zu hören. Dies Mal keine Blutung im Beginn der Gravidität, jetzt aber wieder seit 3 Tagen, ganz wie beim letzten Male. Keine Wehen. Bettruhe, Diät. Am 18. II. 92 plötzlich Wehen, die die Ausstossung eines unreifen Foetus, der kurze Zeit lebte, und der Placenta bewirkten. Erst 8 Tage später wurde Herr Dr. Freund wegen anhaltender Blutung gerufen. Uterus war noch vergrössert; am Septum sitzen zwei Placentarpolypen, klein, weich, leicht mit dem Finger abzulösen. Die Placenta sass also diesmal am Septum. Nach 6 Tagen erst hörten die blutigen Abgänge ganz auf.

FALL III.

Philomela H., 17 Jahre alt, aus Rohrweiler. Erste Regel im 12. Jahre. Regel regelmässig vierwöchentlich, stark. Kam am 24. II. 82 am normalen Ende einer normal verlaufenen Schwangerschaft in der Klinik nieder. Dist. spin. 25, crist. $29^1/_4$; Conjug. extern. 20. Schädellage I. a. $12^1/_2$ Uhr Mittags Ende der I. Geburtsperiode, 3 Uhr Ende der II. Periode, $3^1/_2$ Uhr Ende der III. Periode, die Placenta wurde spontan und ohne grosse Blutung ausgestossen. Am 3. Wochenbettstage

Abends 38.6 Temp., am 4. Tage 39,2; daher wird nach einer Ausspülung in Narkose in den Uterus eingegangen und eine durchgehende bis an den inneren Muttermund reichende Scheidewand entdeckt, die ziemlich dünnhäutig ist. Die linke geräumigere Uterushälfte ist frei, die rechte dagegen ist von dicken Massen ausgekleidet, bes. im Fundus, die entfernt werden und sich bei der mikroscopischen Untersuchung als Decidua herausstellen. Also war die linke Hälfte schwanger gewesen. Am nächsten Abend Temp. 38,0, dann normal.

FALL IV.

Marie St., 24 Jahre alt, II para, aus Hausach. Erste Regel im 15. Jahre, Regel immer regelmässig, stark, 8 Tage dauernd. Vor 3 Jahren erste Geburt. Kind lag falsch, daher Wendung und Extraktion. Kind lebt. Letzte Regel am 23. II. 84. Status praesens am 3. XII. 84, Nachmittags 3 Uhr. Untersetzter, mässig kräftiger Knochenbau. Muskulatur kräftig. Becken normal geneigt. Dist. spin. 26,5, crist. 29 1/4. Conjug. extern. 19 3/4. Uterus von asymmetrischer Form, in der linken Tubenecke besonders stark entwickelt, darin ein kugeliger grosser Theil. Diese Partie setzt sich gegen den übrigen Uterus durch eine breite, schräg von rechts oben nach links unten verlaufende Furche ab. Den Gipfel bildet diese Ecke, 1 Hand breit über dem Nabel stehend. Nicht viel Fruchtwasser vorhanden. Cervix fast ganz verstrichen. Muttermund ein 3 cm breiter Spalt, vordere Lippe ganz flach ausgezogen, hintere dick, wulstig, noch ziemlich fest; II. Steisslage. Steiss ins Becken eingetreten. Ende der I. Periode am

3. XII. 5 Uhr 30 Nachmittags, der II. Periode 7 Uhr 15 Min. Abends; um 7,50 Uhr wird die in der Vagina liegende Placenta exprimirt. Eihäute an $^3/_4$ der Peripherie abgerissen, wesshalb in den Uterus eingegangen wird. Dabei findet man, dass ein Uterus subseptus vorliegt, dessen Zwischenwand oben dick, nach unten keilförmig sich verjüngend bis zur Höhe des Contraktionsringes reicht. Die linke Kammer ist sehr gross, und in ihr ist die Placentarinsertion auf der hinteren Wand und etwas auf das Septum übergehend fühlbar. Die Eihäute noch am Septum sitzend, werden leicht entfernt. Die rechte Kammer ist ziemlich eng, zwei Finger vermögen kaum einzudringen; sie scheint einen eigenen Contraktionsring zu haben, der aber auf dem Septum nicht sehr deutlich fühlbar ist; beim Ausräumen von Gerinnseln zieht sich dieser fest um den eingeführten Finger zusammen. Während man bei der Ausspülung das Mutterrohr links 10 cm. über den Contraktionsring hinauf schieben kann, gelingt dies in der rechten Kammer mühsam und nur 5 cm Uterus kontrahirt sich gut. Am Entlassungstage, am 13. XII. 84, war das Septum bedeutend kürzer geworden, aber die linke Uterushöhle war noch doppelt so gross als die rechte. Wochenbett normal.

Am 5. II. 89 wurde am normalen Ende der Schwangerschaft eine zweite Geburt in der Klinik beobachtet; Leib sehr stark aufgetrieben. Uterus zeigt links eine stärkere Vorwölbung, rechts eine kleinere, beide durch eine Furche getrennt. Uteruswandungen sehr schlaff. Ein Kind liegt in Steisslage. Nachdem die Wehen um 5 Uhr Morgens begonnen hatten, war der Muttermund 8 Uhr Morgens verstrichen. In der Blase fühlte man die Füsse. $^3/_4$9 Uhr Morgens trat die Blase vor die Vulva und wurde gesprengt, dabei Vorfall der Nabel-

schnur. 9 Uhr Extraktion eines etwas schwächlichen Mädchens. Darauf stellte sich eine zweite Blase nach deren Sprengung um 10 Uhr Morgens sofort der Kopf des zweiten männlichen Kindes durchschnitt. Letzteres ist kräftig und reif. Um $10^1/_2$ Uhr wurde die Placenta ausgestossen; die Chorien mit einander verwachsen; daher sassen die Früchte in einem Horne. Beim Eingehen mit dem Finger bemerkte man, dass das Septum nicht ganz bis zum inneren Muttermunde reichte. Das rechte kleinere Horn war nicht so gut contrahirt als das linke grössere, in dem die Früchte sassen. — In beiden Fällen war also das linke Horn schwanger. — Wochenbett normal. Am 15. II. 89 ragt der Uterus noch etwas über die Symphyse, er ist ziemlich gut contrahirt. Das Septum jetzt etwas kürzer, theilt den Uterus in eine linke grössere und rechte kleinere Höhle. Uterus sehr breit.

FALL V.

Anna A., 21 Jahre alt, I para, aus Trigelshausen (Sachsen). Erste Regel im 19. Jahre, die Regel war immer unregelmässig, gewöhnlich nach 14 Tagen, mässig stark. Letzte Regel Anfangs März 1881. Schwangerschaft normal. Stat. praes. am 19. XI. 81; Muskulatur und Knochenbau etwas schwach. Dist. spin. 23, crist. 26; Conjug. ext. 16; Conjug. diag. $10^1/_4$. Schambogen weiblich. Becken allgemein zu klein. Uterus sehr breit, liegt nach rechts herüber. Cervix verstrichen. Muttermund zweimarkgross. Blase steht, man fühlt die Füsse durch, I. Fusslage. Sehr merkwürdig ist, dass man zwischen dem linken Muttermundssaume und

der Blase noch eine papierdünne Scheidewand fühlt. Man kann zwischen dieser Scheidewand und Blasenwand einerseits und zwischen Scheidewand und Uteruswand anderseits leicht mit dem Finger in die Höhe gehen. Also Verdacht auf Uterus septus. Wehen kräftig. 9 Uhr 45 Muttermund verstrichen. 10 Uhr Blasensprung. 10 Uhr 30 schwierige Extraktion. Kind lebt, ist unreif, 47 cm lang. 10 Uhr 45 Placenta spontan und ganz geboren. Bei der jetzt vorgenommennn Untersuchung wird das oben erwähnte Septum nicht mehr gefühlt und die Diagnose auf Ut. sept. nicht bestätigt. Im Wochenbett am 4. und 5. Tage 38,0. Sonst Wochenbett normal, von Abgang der Decidua nichts erwähnt.

Am 1. X. 85 beobachtete Herr Dr. Bayer bei dieser Person, die sich inzwischen verheirathet hatte, die zweite Geburt poliklinisch. Letzte Regel Anfangs Januar 85. Vor 2 Monaten starker Blutabgang unter wehenartigen Schmerzen, dann 8 Tage hinter einander Blutung. Am 1. X. 85 Morgens 8 Uhr Wehenbeginn. Die Hebamme schickte nach Hilfe, weil sie sich nicht zurechtfinden konnte. Uterus sehr breit mit 2 deutlichen Hörnern. Muttermund für die halbe Hand durchgängig, in demselben ist die Blase prall gespannt fühlbar. Hinten links lag auf dieser Blase ein eigenthümlich harter Körper mit spitzen Hervorragungen, die die Hebamme für Zähne hielt. Man erkannte darin die platt gedrückten Kopfknochen eines Foetus papyraceus und zog letzteren mit den Fingern heraus. Darauf fühlte man in der Blase kleine Theile, sprengte erstere, zog die Füsse des in Beckenendlage liegenden Foetus an und extrahirte leicht. Nun bot sich ein eigenthümlicher Befund: man fühlte ein dickes Septum, das den Uterus halbirte. Die beiden ersten Foeten lagen auf der linken Seite. Rechts fühlt man eine zweite Blase und dahinter

einen Kopf. Sprengung dieser Blase, sehr viel Fruchtwasser floss ab. Darauf contrahirte sich sofort der Contraktionsring und es bildete sich wieder ein langer Cervix. Das Septum endete über dem Contraktionsring. Nun wurde der Kopf des Kindes umfasst, mit den Fingern durch den Cervix bis an den äusseren Muttermund gezogen und der Tarnier angelegt, damit das Kind schnell extrahirt werde. Die Entbindung war beschleunigt worden, weil sich starke Blutung eingestellt hatte. Da es weiter blutete, wurde die Placenta manuell entfernt. Die rechtsseitige bot nichts besonderes, griff aber auf das Septum über. An der Placenta aus der linken Höhle verlor sich die ganz atrophirte, dem Foetus papyraceus angehörende Nabelschnur, velamentös in den Eihäuten und verschwand in der Nähe des Randes der Placenta. Macerirter Foetus 50 gr. Kind aus der rechten Uterushöhle ein Knabe, 40 cm lang; aus der linken Höhle ein Mädchen, auch 40 cm lang, es hatte 2 Zähne. Uterus nach der Geburt gut contrahirt, die beiden Hörner nicht mehr zeigend.

FALL VI.

Frau F., 34 Jahre, aus Strassburg. (Beobachtung von Herrn Dr. Bayer.) Erste Geburt verlief gut als Steisslage; am 10. Wochenbettstage plötzlich starker Blutverlust. Zweite Geburt verlief auch als Steisslage, war aber mit starkem Blutverlust verbunden. Beide Male dauerte es lange, bis der Steiss ins kleine Becken getreten war, dann wurde das Kind mit 2 Presswehen geboren. Letzte Regel im März 1881, aber noch im April und Mai treten schwächere Blutungen ein. In

der Nacht vom 3. zum 4. I. 82 Wehenbeginn. Blasensprung am 4. I. 11 Uhr Morgens, seit 7 Uhr Abends Presswehen. 8 Uhr Abends: Uterus liegt ganz nach der rechten Seite herüber; Fundus handbreit über dem Nabel. In Nabelhöhe sieht man eine starke von oben links nach unten rechts verlaufende Furche. Cervix verstrichen; Muttermund fast ganz erweitert. Steiss über dem Beckeneingang. In Narkose wird der linke Fuss herabgeschlagen; Extraktion leicht; nach wenigen Minuten war der Uterus genau ebenso hoch heraufgestiegen als vor der Geburt, Blut ging nur wenig ab; daher Annahme einer inneren Blutung. Die Placenta lag in der Scheide, wird entfernt, ebenso die Coagula aus dem Uterus. Darauf steigt der Uterus tief herab. Dann wurde plötzlich links vorn etwa in der Höhe des inneren Muttermundes ein ziemlich rundes Loch, das man zuerst für eine Ruptur hielt, gefühlt. Bei genauem Nachfühlen zeigte sich, dass dies in eine zweite etwas mehr nach vorn links gelegene enge Hälfte des Uterus führte, aus der man ein grosses Stück Decidua entfernte. Nach rechts hin ist diese Hälfte abgegrenzt, durch ein dickes jetzt offenbar contrahirtes Septum, das bis zum inneren Muttermund reicht. In der rechten Hälfte lag das Kind. Die Placenta hatte mit einem schmalen Stück auf das Septum hinübergeragt; es wurden noch einige kleine Placentarstückchen vom Septum entfernt. Wochenbett normal, keine Nachblutung.

FALL VII.

Frau D., 24 Jahre, aus Strassburg. Erste Regel im 16. Jahre, Regel immer unregelmässig, nach 8, 14, 20, 25 Tagen, ziemlich stark. Erste Geburt war eine

Frühgeburt im 8 Monate. Zweite Geburt auch im 8. Monate. Letzte Regel am 21. IX. 90. Die Frau kommt in die poliklinische Sprechstunde, weil die schwangere Gebärmutter ganz auf der einen Seite liege. Aufnahme. Stat. praes. am 29. I. 91: Kleine, etwas zart gebaute Person. Leib etwas aufgetrieben, besonders rechts unterhalb des Nabels, daselbst ist ein mehr als kindskopfgrosser Tumor vorhanden, von prall elastischer Beschaffenheit; links fühlt man dicht an ihm einen kleinen härteren, platten, etwas beweglichen Körper, der bis etwa handbreit über die Symphyse hinaufreicht und mit dem Tumor einen stumpfen Winkel bildet. Ueber dem Tumor kindliche Herztöne hörbar. Der Cervix geht deutlich in den kleinen links vom Tumor zu fühlenden Körper über, der deutlich als ein vergrösserter und elevirter Uterus zu erkennen ist. Diagnose: Graviditas tubaria. Erst am 4. III. 91, als man vom Tumor und vom Uterus lig. rot. abgehen und in dem jetzt für einen Finger durchgängigen Cervix hoch oben 2 Oeffnungen fand, wurde die Diagnose auf Schwangerschaft im rechten Horn eines Uterus subseptus gestellt und die Frau entlassen. Nach ihrer normalen Niederkunft stellte sie sich wieder vor, und man fand, dass das rechte Horn doppelt so geräumig war und doppelt so dicke Wandungen als das linke Horn hatte. Das Septum reichte bis zum inneren Muttermund.

b) Uterus septus.

FALL VIII.

Frau Marie K., 30 Jahre alt, IV para aus Strassburg. Erste Regel im 16. Jahre, seither Regel regel-

mässig, vierwöchentlich, stark, ohne Beschwerden. Erste Geburt vor 5 Jahren, — damals wurde ein Vaginalseptum durchschnitten, cfr. Vagina septa Fall 5 —, 14 Tage zu früh; zweite Geburt im 5. Monat. Dritte Geburt in der Klinik beobachtet vom Anfange des achten Monates. Kind unreif; starb nach zwölf Stunden. Es blutete damals bei tiefstehendem Kopfe aus dem Uterus. Von Uterus septus wurde nichts bemerkt. Vierte Geburt am 6. VI. 91. Status praesens Nachts $^3/_4$ 1 Uhr: Kräftiger Knochenbau, Becken normal geneigt. Dist. spin. $24^1/_2$, Crist. $28^1/_2$; Conjug. ext. $19^1/_2$. Ende des 8. Schwangerschafts-Monats. Am Uterus von aussen nichts besonderes zu sehen. Muttermund verstrichen. Kopf in der Beckenweite. Schädellage I. a. Sprengung der Blase. 1 Uhr 15 Geburt eines unreifen aber lebenden Kindes. Placenta spontan und ganz ausgestossen. Nach der Geburt des Kindes fühlte man, dass das linke Horn höher stand, als das rechte und dicker war, auch wurde es nach Ausstossung der Placenta nicht viel kleiner. Zwischen beiden Hörnern eine flache Einsenkung. Lig. rot. beide zu fühlen. Beim Eingehen mit zwei Fingern in die Vagina kam man links von der Führungslinie mit einem Finger auf den Muttermund des puerperalen Uterus mit dem anderen Finger etwas nach rechts und hinten in eine zweite Oeffnung und hatte ein ziemlich dickes Septum zwischen den Fingern. In der rechten Uterushöhle dicke Decidua. Das Puerperium verlief die ersten zwei Tage fieberhaft, die Temperatur stieg bis 38,9. Als am dritten Tage die Decidua des nicht schwanger gewesenen Uterus ausgestossen wurde, verlief es fieberlos. Am 16. VI. 91 ist das puerperale Horn gut zurück gebildet, aber noch doppelt so gross als das andere, das ihm wie ein kleines Myom aufsitzt. In der Scheide sind die Ansätze des durchtrennten

Septums fühlbar. Portio dick, wulstig, im hinteren Teile direkt in die Scheide übergehend. Cervicalkanal für 1 Finger bis in Cavum uteri durchgängig. Rechts tief unten im Cervix eine kleine Oeffnung, der Muttermund des rechten Hornes.

FALL IX.

Frau F., 39 Jahre. VI para aus Strassburg (Beobachtung von Herrn Dr. Bayer).

Erstes Kind wurde wegen Wehenschwäche bei hochstehendem Kopfe mit der Zange geholt; damals beobachtete man ein Vaginalseptum. Zweite Geburt spontan. Dann Wendung wegen Querlage. Dann Steisslage. Endlich Zange wegen Wehenschwäche. Immer musste die Placenta manuell gelöst werden. Alle Wochenbetten normal. Seit einigen Tagen geht Fruchtwasser ab. Die Hebamme rief wegen Nabelschnurvorfalls. Die am 15. III. 89. vorgenommene Untersuchung ergiebt, dass die Frau sich am Ende des siebenten Monates befand. Sie ist kräftig, dick und hat ein normales Becken. Uterus liegt ganz nach rechts. Vagina schlaff, weit, in ihr ein ziemlich schmales Band fühlbar, das hinter der Mündung der Urethra entspringt, den Introitus teilt, dann auf die Columna rugarum post. übergeht und kammförmig bis an den Cervix herangeht. Cervix etwa 5 cm lang, Muttermund ektropionirt. Aeusserer für die halbe Hand, innerer Muttermund für 2 Finger durchgängig. Aus dem Cervix heraus hängt bis vor die ässseren Genitalien eine kaum pulsirende Nabelschnurschlinge. Ueber dem inneren Muttermund die Füsse fühlbar. In der linksseitigen Cervixwand

fühlt man tief unten ein rundes Loch, den Muttermund eines zweiten Uterus. Da keine äussere Teilung zu finden ist, handelt es sich um Uterus septus. Vergeblicher Versuch die Nabelschnur zu reponiren. Herabschlagen der Füsse, vorsichtige Extraktion. Die Nabelschnur hörte auf zu pulsiren. Daher und weil sich der Kopf nicht bequem ins Becken ziehen lässt, Perforation des Kopfes; dann leichte Extraktion. Placenta manuel gelöst. Wochenbett normal.

Bei den oben angeführten Fällen von Vag. sept., Uterus bicornis und Uterus sept. wurden keine sonstigen Bildungsfehler, soweit sie an der Lebenden festgestellt werden können, wie Hasenscharten, Wolfsrachen, Fehlen der Nasenscheidewand u. s. w., die hierbei zuweilen vorkommen sollen, entdeckt.

Vielfach ist die Meinung verbreitet, dass Weiber mit Uterus septus, besonders aber mit Uterus bicornis sich durch eine beträchtliche Entwickelung des ganzen Körpers und besonders des Beckens in die Breite auszeichneten, zuweilen derart, „dass es den Gedanken erwecke, als habe die Natur in ein doppeltes Subject auseinander gehen wollen". Kussmaul S. 183. Dem kann man nach den hier beobachteten Fällen nicht zustimmen. Keines der gemessenen Becken weist mehr als die Normalmaasse von 26 Spinae, 29 Crist. und 20 Conjug. ext. auf. Bei den meisten Becken sind die Maasse kaum normal, aber bei Fall 1, 2 und 3 unter Uterus bicornis und Fall 5 unter Uterus septus sind sie zu gering. Einige Male ist ausdrücklich hervorgehoben, dass die Frauen sich durch gracilen Körperbau auszeichneten. Bei Frau K, die im Januar 92 auf der

gynäkologischen Station an Gonorrhoe behandelt wurde, und mittelgross aber kräftig gebaut war, und ein etwas breites Gesicht hatte, vermuthete man auf den ersten Blick auch ein breites Becken, aber die Messung ergab: Spin. 23, Crist. 28., Conjug. ext. 19; also war das Becken vielmehr zu klein als zu gross. Entwickelungsgeschichtlich ist kein Grund einzusehen, weshalb bei fehlender Verschmelzung der Müller'schen Gänge Entwickelung des Körpers in die Breite oder umgekehrt stattfinden solle. Aufgefallen ist mir allerdings beim Durchlesen der Litteratur, dass sich kaum ein Fall findet, wo bei genannten Bildungsfehlern Enge des Beckens die Geburt complicirte. Indess muss man bedenken, dass bei Uterus bicornis und septus häufig die Schwangerschaft zu früh unterbrochen wird, und der Kopf dann leichter das Becken passirt.

Von den hier beobachteten Schwangerschaften und Geburten trat einmal Abort, sechsmal Frühgeburt ein, und zwar nur bei Uterus septus resp. subseptus, und hiernach würde Uterus septus entschieden mehr zu Frühgeburten prädisponiren, als Uterus bicornis. Indess kann man hier einwenden, dass in unseren Fällen die Frauen mit Uterus bicornis mit einer Ausnahme Erstgebärende waren, wo Aborte und Frühgeburten weniger leicht auftreten als bei Mehrgebärenden. Unter Fall 3 konnten jedoch anamnestisch zwei Frühgeburten festgestellt werden. Bei Uterus septus bestätigt es in unseren Fällen die Anamnese noch mehr, dass dieser Bildungsfehler zu vorzeitiger Ausstossung des Eies prädisponirt.

Wenn man die anatomischen, sowie die mechanischen Verhältnisse bei Uterus bicornis und septus in Betracht zieht, so sollte man a priori annehmen, dass die beiden Hälften des Uterus bicornis, besonders des

bicornis duplex, viel weniger zu vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft Veranlassung geben, als die des Uterus septus, da erstere viel weniger von einander abhängig sind und für sich mehr ein Ganzes bilden. — Himmelfarb kam in einer Zusammenstellung von 34 aus der Litteratur gesammelten Fällen von Nebenhornschwangerschaft bei zweihörniger Gebärmutter zu dem Ergebniss, dass in 28 Fällen die Schwangeschaft in der ersten Hälfte unterbrochen wurde und nur in 6 Fällen ihr normales Ende erreichte. Ueber den Grund zu dieser vorzeitigen Thätigkeit ist man noch nicht sicher. Rokytansky glaubte, „der doppelte Uterus möge durch das Hemmniss, das der gleichmässigen Entwickelung der geschwängerten Uterushälfte von Seiten der ungeschwängerten gesetzt werde, zu habituellem Abort Veranlassung geben". Kussmaul meinte dagegen, dies dürfte für den Uterus bilocularis mit vollständiger Scheidewand gelten, indem diese, als beiden Loculis gemeinsam, vom ungeschwängerten Loculus aus in ihrer Entwickelung zurückbleibe, am wenigsten dagegen von dem eigentlichen, in seinen beiden Hälften selbstständigeren Uterus bicornis. Eine einwandsfreie Erklärung fand ich nicht.

Eine Behinderung der Empfängniss ist, wie schon Kussmaul ausführt, und wie die wiederholten Schwangerschaften in unseren Fällen zeigen, bei Verdoppelungen der Gebärmutter nicht vorhanden. Wenn ein Horn atresisch ist, so kann doch in ihm Schwangerschaft auftreten, wovon in der Litteratur 36 Fälle mitgeteilt sind; sie kommt zu Stande durch die sogenannte Transmigratio seminis seu ovuli extrauterina und hat grosse Aehnlichkeit mit der Schwangerschaft im rudimentären Horne des Uterus unicornis. Dann kann auch in dem offenen Horne Schwangerschaft und

im atresischen Horne Hæmatometra auftreten, wie wir es in der Dissertation von Berger finden: Ein Fall von Hæmatometra lateralis u. s. w. Würzburg 1891. Der einzige derartige Fall, den ich in der Litteratur fand.

Relativ häufig sind bei den Doppelbildungen des Uterus die Fälle von mehrfacher Schwangerschaft und jene scheinen ihr Zustandekommen doch wohl zu begünstigen. Bei Kussmaul finden sich unter den beschriebenen Fällen relativ häufig Zwillingsschwangerschaften, auch in der sonstigen Litteratur ist mir ihr häufiges Vorkommen aufgefallen. Unter den von uns beobachteten 21 Schwangerschaften und Geburten wurden einmal (Fall 4 Uterus subseptus) Zwillinge aus einem Horne geboren und einmal Drillinge (Fall 5 Uterus subseptus); 2 von ihnen aus dem linken Horne und einer aus dem rechten Horne. Da die beiden entwickelten Foeten dieselbe Länge und ungefähr dieselbe Schwere hatten, so hatte wohl eine Ueberschwängerung nicht eine Ueberfruchtung stattgefunden. — Die sichere Diagnose des Vorhandenseins eines Uterus bicornis und septus macht während der Schwangerschaft und während der Geburt oft grosse Schwierigkeiten, ja sie kann, besonders während letzterer, ganz unmöglich werden, während sie nach derselben in den meisten Fällen wohl leicht ist. Jedoch wurde bei Fall 6 (Uterus bicornis), wo nach der Geburt ein Cervixriss im Speculum genäht wurde und wo vor der Geburt aufgefallen war, dass der Leib rechts mehr vorgewölbt war, die Diagnose nicht gestellt. Bei der zweiten Geburt bei derselben Person hielt man das ungeschwängerte Horn für eine Ovarialcyste. Erst als die Person wegen Unterleibsbeschwerden auf die gynäkologische Station aufgenommen wurde, erkannte man die vorhandene Missbildung. Bei Fall 8 (Uterus septus)

wurde die Duplicität bei der dritten in der Klinik beobachteten Geburt festgestellt. Bei Fall 7 (Uterus subseptus) wurde erst nach längerer Zeit erkannt, dass die diagnosticirte Graviditas tubaria eine Gravidität im zweiten Horne eines Uterus subseptus war. Bei Fall 5 (Uterus subseptus) fühlte man während der Eröffnungsperiode zwischen der Fruchtblase und dem Muttermundsrande ein papierdünnes Septum, sodass man an Uterus septus dachte, aber nach der Geburt wurde es nicht mehr gefühlt und erst bei der zweiten Geburt wurde Uterus subseptus sicher diagnosticirt. Wenn bei Uterus bicornis duplex und septus, wo zwei Muttermünder vorhanden sind, frühzeitig genug untersucht wird, wenn der Kopf oder Steiss noch nicht tief ins Becken getreten ist, lässt sich die Diagnose immer leicht stellen. Schwierig kann es auch zu dieser Zeit werden, wenn nur eine Portio resp. ein Muttermund zu fühlen ist. Unmöglich kann die Diagnose werden, wenn der Kopf oder Steiss tief im kleinen Becken steht, und noch dazu das nicht schwangere Horn nach hinten liegt und aus dem kleinen ins grosse Becken in die Höhe gestiegen ist, sodass von ihm nichts zu sehen und nichts zu fühlen ist. Verdacht auf Uterus septus und bicornis muss ein in der Vagina verlaufendes Septum erregen. Ferner werden wir Uterus bicornis oder septus vermuten, wenn der geschwängerte Uterus stark nach einer Seite gelagert ist, oder wenn am Fundus eine deutliche Einsattelung besteht, oder eine Furche schräg über den Uterus verläuft. Bei Zwillingen zieht zuweilen in der Medianlinie eine Furche senkrecht über den Uterus, wenn in jedem Horne ein Fœtus liegt. Anamnestisch lassen sich für die Diagnose mehrfache Aborte und Frühgeburten verwerthen, wenn sie ohne sonstige Ursachen eingetreten sind, ferner wenn hinter-

einander mehrere Geburten in Steisslage erfolgten, oder wenn, besonders bei Erstgebärenden, Querlagen vorhanden waren. Die frühzeitige Diagnose einer vorhandenen Uterusmissbildung, wenn möglich schon in der Schwangerschaft, ist wegen der bei ihnen häufig vorkommenden fehlerhaften Kindslagen, starker Blutungen u. s. w. von der grössten practischen Wichtigkeit.

Bei unseren Fällen sehen wir, dass die sonst unter normalen Verhältnissen am häufigsten vorkommende Schädellage unter vierzehn beobachteten Geburten (die Zwillings- und Drillingsgeburten sind hier nicht mitgezählt) nur fünfmal vorgekommen ist, während 2 Querlagen, 1 Fusslage und 6 Steisslagen beobachtet wurden. Fuss- und Steisslagen sind zwar keine pathologischen Lagen, erfordern aber doch Kunsthülfe. Was ist nun der Grund der häufigen Steisslagen? Im normalen Uterus stellt sich der Foetus der Gravitation folgend mit dem Kopfe nach unten und passt sich so auch am besten dem Lumen des Utenus an, indem er mit dem mehr Raum beanspruchenden Steiss sammt unteren Extremitäten im geräumigeren Fundus, mit dem Kopf im weniger geräumigen unteren Teile bequem liegt. Beim Uterus bicornis ist der Fundus nicht geräumiger als der untere Teil des Uterus und auch beim Uterus septus ist er nicht so geräumig als beim normalen Uterus. Es gewährte daher dem Foetus keinen Vorteil, ob er mit dem Steiss oder mit dem Kopf im Fundus liegt. Aber angenommen er läge auch mit dem Steiss im Fundus, so kann der Fundus beim Uterus bicornis und septus, wo er immer schon eine starke Neigung zur Seite hat, soweit seitwärts fallen, dass er tiefer liegt, als das durch Hebelwirkung regelmässig etwas nach der entgegengesetzten Seite verzogene untere Uterinsegment. Kann der Foetus den Gesetzen der Schwerkraft folgen,

so muss er unter diesen Umständen mit dem Kopf in den Fundus uteri fallen, und es muss sich eine Beckenendlage bilden. Unter normalen Verhältnissen wird dies gewöhnlich dadurch verhindert, dass die Uteruswandungen die Frucht so fest halten, dass ein Lagenwechsel gewöhnlich nicht mehr möglich ist. Bei Uterus bicornis und septus ist die eine Wand, besonders hier das Septum, nicht so dick und so kräftig als eine normale Uteruswand, sie weicht leichter vor dem andrängenden Kopf zurück und lässt ihn in den Fundus entgleiten; auf diese Weise entstehen anfangs Querlagen und dann Beckenendlagen.

Bei unseren Fällen wurde dreimal Vorfalll der Nabelschnur beobachtet; vielleicht ist diese relative Häufigkeit blos als Zufall, vielleicht aber auch dadurch zu erklären, dass in jenen Fällen kein eigentliches unteres Uterinsegment vorhanden war, welches normaler Weise den vorangehenden Teil eng umschliesst und das Vorfallen der Nabelschnur hindert.

Rokitansky glaubte, dass bei teilweiser oder gänzlicher Verdoppelung der Gebärmutter der Mangel an zureichender Masse, der die Verrichtung des ganzen Organs übernehmenden Hälfte, störend auf den Geburtshergang einwirke.

Damit stimmen Kussmaul's Ansichten und auch unsere Beobachtungen nicht überein. Bei Fall 2, 6 und besonders 5 verliefen trotz Uterus bicornis die Geburten schnell, ebenso bei Uterus septus, Fall 3, die erste Geburt unter Fall 4 und beide Geburten bei Fall 8. Beweis genug, dass das einzelne Horn bei Uterus bicornis und septus die zur Austreibung der Frucht nöthige Fähigkeit und Kraft besitzt.

Die allgemein etwas schwächere Entwickelung der Uteruswanduugen bei Uterus bicornis und septus ist also

ohne Bedeutung für die Geburt. Um so verhängnissvoller können die partiellen Verdünnungen in der Uteruswand, wie sie sie im Cervix und Septumteile hier häufig werden, dadurch dass sie zu Zerreissungen leichter Veranlassung geben als die normale Uteruswand. Relativ häufig sind solche Zerreissungen in der Litteratur verzeichnet. Auch unter unseren Fällen befinden sich 2, wo Zerreissungen im Cervixteile vorgekommen sind, Fall 4 und 6, Uterus bicornis.

Verzögernd auf den Geburtshergang kann einwirken ausser Wehenschwäche, in Folge dessen bei Fall 1 und 3 Uterus bicornis extrahirt werden musste, die Abweichung der Axe der geschwängerten Hälfte von der Axe des Körpers und Beckens. In unseren Fällen kam dies nicht deutlich zur Beobachtung, lässt sich aber sehr gut einsehen. Durch Anlegung einer straff um den Leib gelegten Binde und Lagerung der Kreissenden lässt sich die Axenabweichung bedeutend verringern.

Wie Myome, Ovarial- und andere im kleinen Becken liegende Geschwülste die Geburt behindern können, so ist hierzu auch das nicht schwangere Horn des Uterus septus, noch mehr aber des Uterus bicornis im Stande, da letzterem eine freiere Beweglichkeit möglich ist. So sah Braun-Fernwald bei Uterus bicornis das leere Horn, nach Art einer Cystovarialhernie im Douglas liegend, die Vagina verengern. Für gewöhnlich wird allerdings wohl das leere Horn bei Uterus septus, wo es mit dem schwangeren enge verwachsen ist, sich mehr an seiner Entwickelung beteiligen als beim Uterus bicornis und allmählich mit dem schwangeren Horne aus dem kleinen ins grosse Becken hinaufsteigen (Fall 7 Uterus septus zeigt das schön), sodass es bei der Austreibung des Kindes kein Hinderniss abgeben kann. Bei den anderen Fällen sah man auch gewöhnlich eine

Einsattelung am Fundus oder eine Furche über den Uterus verlaufen, woraus hervorgeht, dass das nicht schwangere Horn ausserhalb des kleinen Beckens stand.

Danach können wir nach Kussmaul's Meinung, dass bei Uterus septus während der Geburt das Anstemmen der ungeschwängerten anderen Hälfte an die Beckenwand ihrer Seite das gewöhnliche Vorkommen sei, nicht beistimmen. Indessen glaube ich, dass beim Uterus bicornis, wo die beiden Hälften viel unabhängiger von einander sind, das leere Horn bis zum Beginn der Geburt im kleinen Becken sich befindet und dann mit Entwickelung des unteren Uterinsegmentes aus ihm herausgezogen wird. Bei Fall 6 Uterus bicornis konnte dies sehr schön beobachtet werden. Bei Fall 5 Uterus bicornis lag das leere Horn bis kurz vor der Geburt im kleinen Becken und zwar rechts und etwas nach hinten, es war retrocurvirt. Während der Geburt war vom rechten Horne und Muttermunde weder von der Scheide noch von aussen etwas zu fühlen, es lag sicher ausserhalb des kleinen Beckens hinter dem schwangeren Uterus.

Zwei Mal musste wegen starker Blutung in der Nachgeburtsperiode eingegriffen werden bei Fall 5 und Fall 6 Uterus subseptus, wohl weil das Septum, an dem die Placenta sass, sich nicht gut contrahirte.

Im Ganzen war unter 16 beobachteten Geburten, abgesehen von den Steissgeburten, wo indess ja auch Kunsthülfe gebraucht wurde, bei 9 Geburten ärztliche Hülfe nöthig in Folge der durch die Missbildungen veranlassten Störungen. Einmal Zange wegen Wehenschwäche, dreimal wurde wegen Vorfall der Nabelschnur eingegriffen, dreimal wegen Querlage, zweimal wegen Cervixrisses, zweimal musste wegen starker Blutung die Placenta manuell entfernt werden. Es ist also

Grund genug vorhanden, die Geburten bei Uterus bicornis und Uterus septus genau zu überwachen. Wenn die Geburt bei Kopf-, Steiss- oder Fusslage aus irgend einem Grunde nicht weiter geht, so sollen wir uns hier eher entschliessen, im Hinblick auf eine drohende Ruptur die Extraktion ev. nach vorheriger Perforation zu machen, als unter normalen Verhältnissen. Die Wendung erfordert hier viel mehr Vorsicht als sonst.

Ueber das Verhalten der Decidua des nicht schwangeren Hornes, ob und wann sie nach der Geburt des Kindes abgegangen ist, ist in unseren Fällen leider meistens nichts erwähnt. Bei Fall 5 Uterus bicornis wachte die Wöchnerin in der dritten Nacht nach der Geburt plötzlich in Folge wehenartiger Schmerzen und Drängens nach unten auf; nachdem, wie sie sagte, ein Gewebsfetzen bis vor die Scheide geschnellt war, hörten die Schmerzen und das Drängen auf. Dieser Fetzen, von dreieckiger Form, war sackartig, und wie die Untersuchung bewies, die in toto ausgestossene Decidua des nicht schwangeren Hornes. Bei Frau W. Uterus unicornis ging am Tage nach der Laparotomie ein Stück Decidua ab. In den nächsten 5 Tagen war die Temperatur jeden Abend über 38° (38,4, 38,8) erst als am 6. Tage die übrige Decidua abging, sank die Temperatur unter 38° herab. Auch bei Fall 8 (Uterus septus) verlief das Wochenbett die ersten zwei Tage fieberhaft bis 38,9, erst nach Abgang der Decidua des nicht schwangeren Hornes sank die Temperatur auf die Norm zurück. Da bei Fall 3 Uterus subseptus die Temperatur allmählich stieg bis 39,2, am vierten Tage, wurde in den Uterus eingegangen, die Decidua des nicht schwangeren Hornes herausgeholt und ausgespült. Am nächsten Abend 38,0; dann war die Temperatur normal.

Wir sehen also, dass die Decidua unter nochmaligem Erwachen der Wehenthätigkeit ausgestossen werden kann. In zwei Fällen erfolgte die Ausstossung am dritten Tage. Da vorher kein Fieber bei den Wöchnerinnen bestand, und sonst nichts hierfür zu beschuldigen war, so müssen wir annehmen, dass in den angegebenen Fällen die Decidua durch ihr Verweilen im Uterus dasselbe hervorgerufen hat.

Zum Vergleiche habe ich die Krankengeschichten der in den letzten 5 Jahren wegen Extrauteringravidität auf der gynäkologischen Abtheilung behandelten Frauen durchgelesen und 3 Fälle gefunden, wo nach Platzen des Fruchtsackes Abgang der Decidua beobachtet worden war.

Frau M. bekam am 3. VIII 91 beim Stuhlgang plötzlich heftige Schmerzen im Leibe, es wurde ihr so schwach, dass sie nicht mehr gehen konnte. Nach ihrer Aufnahme in die Klinik diagnosticirt man geplatzte Tubengravidität. In der Nacht vom 5. bis zum 6. VIII. 91 ging ein dicker Sack durch die Scheide ab, die Decidua. Keine Temperatursteigerung, sondern im Gegenteil anfangs Collapstemperaturen.

Frau W. bekam am 18. IX. 91 plötzlich heftige Leibschmerzen, Ohnmachten, Erbrechen. Aufnahme in die Klinik am 22. IX. 91. Diagnose: Geplatzte Tubengravidität. Bis zum 26. IX. Temperatur normal, dann am 27. IX. 38,2; am 28. IX. 39,0 und am 29. IX. 39,5. In der Nacht vom 29. zum 30. ging ohne Schmerzen die Decidua ab, und am 30. IX. war die Temp. 37,7.

Anna K. bekam am 4. I. 92 während der Eisenbahnfahrt plötzlich sehr starke Leibschmerzen; am selbigen Tage Aufnahme in die Klinik. Diagnose: Geplatzte Tubengravidität. Temperatur am 4. I. Abends 36,9; am 5. 38,4; am 6. 40,0. In der Nacht vom 6.

zum 7. I. ging ein vollständiger Deciduasack ab unter Leibschmerzen und Drängen nach unten; nachher hörten Leibschmerzen und Drängen nach unten bald auf. Am 7. I. morgens 39,2; Abends 37,6. Nach 8 Tagen stellten sich bei der Patientin, die an einem syphilitischen Darmgeschwür litt, die fieberhaften Temperaturen wieder ein.

Aus diesen Beobachtungen sehen wir, das bei puerperalem Uterus bicornis und septus und bei geplatzter Extrauteringravidität, wo ähnliche Bedingungen vorliegen, sodass sie einen Vergleich wohl zulassen, die Decidua gewöhnlich am dritten oder vierten Tage ausgestossen wird, dass sie indess auch länger im Uterus verweilen kann; ferner dass sie durch ihr Verweilen im Uterus Fieber mässigen und hohen Grades hervorrufen kann.

Welchen Ursachen in unseren Fällen das Fieber seine Entstehung verdankt, ist nicht mit Sicherheit anzugeben. Vielleicht rührt es her von der Resorbtion fauliger durch Zersetzung der Decidua gelieferter Produkte, vielleicht übte auch die Decidua als Fremdkörper einen Reiz aus und bewirkte auf reflektorischem Wege Temperatursteigerung. Obschon bei Fall 8 (Uterus septus) und bei den angeführten Fällen von Extrauteringravidität, wo Abgang der Decidua und Fieber beobachtet wurde, durch den Geruch keine faulige Zersetzung an der Decidua entdeckt werden konnte, so verdient doch wohl die Ansicht, dass das Fieber in unseren Fällen durch faulige Zersetzung entstanden ist, den Vorzug; denn es kann ein Körper schon in Fäulnis begriffen sein, ohne dass man nur durch den Geruch dies zu diagnosticiren im Stande wäre.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. A. Freund, sowie Herrn Dr. H. Freund und Herrn Dr. Bayer für die gütige Ueberlassung des Materials meinen herzlichsten Dank auszusprechen.